UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

Année 1962 N° 61

Sur les indications de la voie basse dans le traitement chirurgical du cancer du corps de l'utérus chez les grandes obèses

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'État)

présentée et soutenue publiquement en Juin 1962

devant la

Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse

PAR

JEAN POUGET

MEMBRES DU JURY

MM. PONTONNIER, *Président*
GUILHEM P.
ESTRADE
ESPAGNO
SALVADOR, *Suppléant*

Assesseurs

Imprimerie DELSAUD
1, rue St-Maurice, 1
CAHORS

1962

Sur les indications de la voie basse dans le traitement chirurgical du cancer du corps de l'utérus chez les grandes obèses

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546525_0056

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

Année 1962 N° 61

Sur les indications de la voie basse dans le traitement chirurgical du cancer du corps de l'utérus chez les grandes obèses

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'État)

présentée et soutenue publiquement en Juin 1962

devant la

Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse

PAR

JEAN POUGET

MEMBRES DU JURY

MM. PONTONNIER, *Président*
GUILHEM P.
ESTRADE
ESPAGNO
SALVADOR, *Suppléant*

Assesseurs

Imprimerie DELSAUD
1, rue St-Maurice, 1
CAHORS

1962

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN. . . . . M. LAZORTHES
1er ASSESSEUR . . . . . M. BLANC
2e ASSESSEUR . . . . . N...
Doyens Honoraires. . . . . MM. GORSE
CALVET
LEFEBVRE
BRUSTIER
Professeurs honoraires. . . . MM. VALLOIS

Professeurs honoraires (suite) MM. DUCUING
CLERMONT
RIBAUT
NANTA
TAPIE
DELAS
RISER
SOULA

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique Médicale.	MM.	MERIEL	Accouchement et obstétricie sociale.	MM.	PONTONNIER
Clinique Médicale.		GADRAT	Anatomie.		LAZORTHES
Clinique chirurgicale et gynécologique.		FABRE (P.)	Anatomie appliquée.		POULHES
Clinique chirurgicale et du Cancer.		GRIMOUD	Anatomie pathologique. . . .		FABRE (J.)
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie.		VIRENQUE	Bactériologie, Hygiène et Médecine sociale.		ANDRIEU
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . .		BAZEX	Chimie biologique.		VALDIGUIE
Clinique des maladies de la Tuberculose et Pathologie interne.		MOREL	Electro-Radiologie.		MARQUES
Clinique des maladies des voies urinaires.		LHEZ	Embryologie générale		BROUSSY
Clinique médicale infantile et Puériculture.		SOREL	Histologie.		BIMES
Clinique de Neurologie et Psychiatrie.		GERAUD	Hydrologie thérapeutique et climatologie.		DARNAUD
Clinique obstétricale.		GUILHEM	Médecine Légale et du Travail.		PLANQUES
Clinique odonto-stomatologique.		N...	Médecine Sociale.		BOUNHOURE
Clinique ophtalmologique. .		CALMETTES	Parasitologie.		BOUISSET
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale. . . .		CALVET	Pathologie chirurgicale. . .		DAMBRIN
Clinique traumatologique des membres.		RIEUNAU	Pathologie générale et Médecine expérimentale. . .		SENDRAIL
Clinique rhumatologique . .		RUFFIE (R.)	Physico-Chimie.		AUVERGNAT
			Physiologie.		LAPORTE (Y.)
			Physiologie appliquée et Pharmacologie.		BAISSET
			Physique biologique et médicale.		BUGNARD
			Propédeutique médicale. . .		GERAUD
			Thérapeutique.		DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL ET PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie générale et comparée.	MM.	COULOUMA	Chimie médicale.		DOUSTE-BLAZY
Pathologie médicale.		LAPORTE (J.)	Bactériologie.	Mme	ENJALBERT
			Physique médicale.	M.	BRU

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Histologie et embryologie . .	MM.	PLANEL	Anatomie Pathologique. . . .	MM.	BOUISSOU
Physiologie.		MONTASTRUC	Parasitologie.		RUFFIE (J.)
Anatomie		BASTIDE	Pathologie expérimentale . .		GLEIZES
Carcinologie		ESTRADE	Physiologie		BESSOU
Anesthésiologie		LARENG	Physique médicale		COMMANAY

AGREGES

Médecine générale	MM.	MONNIER	Chirurgie générale (suite) .		SARRAZIN
		RIBAUT		MM.	SOUQUET
		DELAUDE	Médecine légale		GREZES-RUEFF
		CALAZEL	Odontostomatologie		CADENAT (H.)
		RASCOL	Pédiatrie		BARDIER
Chirurgie générale		ENJALBERT	Dermatologie et syphiligraphie		DUPRE
		FICAT	Hydrologie		DENARD
		PASQUIE	Obstétrique		ESPAGNO

AGRÉGÉS LIBRES

Anatomie.	MM.	THOMAS	Oto-Rhino-Laryngologie. . .	MM.	CLAUX
Ophtalmologie.		DEODATI	Pathologie chirurgicale . . .		DIEULAFE

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Chimie analytique, Toxicologie et Hygiène industrielle	MM.	BOURBON	Matière Médicale.	MM.	VINCENT
			Chimie pharmaceutique. . . .		BLANC
Pharmacie et pharmacodynamie		CAUJOLLE	Pharmacie galénique.		STANISLAS
Botanique et Cryptogamie	Mme	DULUCQ-MATHOU	Zoologie		ROUX

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL ET PROFESSEURS SANS CHAIRE

Pharmacie.	M.	COUTURIER	Sciences Naturelles.	Mme	CAUJOLLE

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Microbiologie	M.	BREUILLAUD	Sciences Physiques.	M.	PITET
Toxicologie		BROUSSY (G.)			

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Principal.	M.	ROCHE	Secrétaire	M.	BERRUT

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891)

Je dédie cette thèse :

A MON PERE ET A MA MERE.

A MA FEMME ET A MA FILLE.

A MES BEAUX-PARENTS.

A MA SŒUR.

A MON ONCLE : LE CHANOINE POUGET.

A TOUS LES MIENS.

A TOUS MES AMIS.

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONTONNIER

Professeur d'obstétricie sociale

Gynécologue accoucheur des hôpitaux

Vous avez bien voulu nous faire le grand honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous exprimons toute notre reconnaissance et notre respectueux attachement.

A notre Jury de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILHEM

Professeur de clinique obstétricale

Nous vous remercions pour l'intérêt sans cesse soutenu de l'enseignement que vous nous avez prodigué lors de notre stage dans votre service.

Nous vous remercions d'avoir accepté de siéger à notre jury et nous vous assurons de notre reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTRADE

Professeur agrégé à la Faculté

Chirurgien Chef du centre anti-cancéreux

Par votre enseignement clair et précis vous avez grandement contribué à notre formation. Nous vous en sommes reconnaissant et nous vous remercions d'avoir bien voulu siéger à notre jury.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESPAGNO

Professeur agrégé à la Faculté

Vous avez guidé nos premiers pas en obstétrique avec votre amabilité coutumière. Nous sommes très heureux que vous ayez accepté de juger notre travail inaugural.

MONSIEUR LE PROFSSEUR SALVADOR

Professeur agrégé à la Faculté

Nous gardons le souvenir attachant de votre enseignement tout pétillant d'esprit. Soyez remercié d'avoir accepté de siéger à notre jury.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOLMEDE

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris

Chirurgien chef à l'hôpital de Cahors

Vous nous avez inspiré ce sujet de thèse. Vous avez consacré beaucoup de vos précieux instants à ce travail.

Nous vous sommes reconnaissant de nous avoir toujours témoigné votre confiance. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude pour votre enseignement et vos précieux conseils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. PONTONNIER

Interne des hôpitaux

Vous avez été pour nous un guide précieux dans l'élaboration de ce travail. Veuillez être assuré de notre reconnaissance.

A TOUS LES MEDECINS DE L'HOPITAL DE CAHORS

Qui nous ont toujours réservé un excellent accueil dans leurs services.

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT DE L'HOPITAL DE CAHORS

INTRODUCTION

Le problème thérapeutique du cancer du corps de l'utérus constitue un paradoxe. En effet, selon l'opinion classique et traditionnelle, le cancer du corps utérin est un cancer bénin dont le pronostic est relativement favorable.

Cette réputation de bénignité, il la doit à plusieurs raisons :

Il la doit d'abord à son évolution locale dans un organe bien protégé. L'utérus est un sac musculaire épais, souvent scléreux chez les patientes âgées. Le cancer naît de la muqueuse, il restera longtemps contenu dans l'utérus.

Il la doit ensuite à la lenteur de son évolution. L'évolution du cancer est en général d'autant plus lente que la femme est plus âgée. Or, la plupart des femmes atteintes de cancer du corps ont de 60 à 70 ans, bien que l'on observe quelques cas chez des femmes moins âgées et même avant la ménopause.

Il la doit enfin à sa propre nature histologique. Très souvent le cancer du corps est un épithélioma végétant. C'est une règle commune à tous les cancers, ces formes sont beaucoup moins graves que les formes ulcérantes ou infiltrantes, dont les propagations vers les

régions voisines et les aires ganglionnaires sont toujours plus importantes.

Cependant, malgré cette réputation qu'il a d'être un « bon cancer », le cancer du corps tue dans 30 à 40 % des cas puisque la plupart des auteurs sont d'accord pour avancer un pourcentage de guérisons qui oscille seulement entre 60 et 70 %.

Comment expliquer cet étrange et étonnant paradoxe ?

Il semble bien que cette opposition entre une théorie raisonnable et une réalité évidente trouve son explication dans deux causes essentielles :

D'une part, il est probable que les 40 % d'échecs sont dus, pour une bonne partie, à une extension ganglionnaire et lymphatique dont l'importance a été trop minimisée et qui est donc trop négligée par les traitements classiques.

D'autre part, bon nombre de ces échecs trouvent leur raison d'être dans l'âge souvent très avancé des malades atteintes de néoplasme endométrial. Ce sont des femmes affaiblies et usées, à l'état général précaire, aux systèmes cardiovasculaire et rénal par trop déficients. A toutes ces tares qui grèvent lourdement le pronostic de l'intervention et des suites opératoires vient souvent se surajouter un facteur très défavorable : il s'agit de l'obésité.

Ce n'est pas notre propos de nous étendre longuement sur le premier concept à savoir : l'extension ganglionnaire dans le cancer du corps : nous dirons simplement un mot des opérations élargies.

Notre but est surtout d'insister sur le deuxième concept à savoir : les tares physiques de ces malades âgées et en particulier l'obésité qui sont à la base de certains échecs thérapeutiques. Notre intention est surtout de décrire un moyen de mieux adapter l'arme qui reste

actuellement la meilleure, c'est-à-dire la chirurgie, aux terrains souvent tarés de nos malades. Nous essayerons de démontrer dans ces cas l'intérêt de l'hystérectomie vaginale.

Il nous a paru toutefois nécessaire de pratiquer, dans la première partie de notre travail une rapide revue des différents moyens de traitement du cancer du corps. Nous exposerons dans la deuxième partie notre travail personnel et les conclusions qui s'en dégagent.

PREMIERE PARTIE

LES THERAPEUTIQUES EN PRESENCE DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DU CORPS DE L'UTERUS

A) L'HORMONOTHERAPIE

Certains auteurs ont préconisé de traiter le cancer du corps utérin par les androgènes à doses massives. On a observé ainsi des sédations, des arrêts évolutifs temporaires non négligeables et ce fait corrobore l'opinion plusieurs fois exprimée que le cancer du corps survient avec prédilection chez des femmes restées hyperfolliculiniques.

L'action essentielle de l'androgénothérapie réside dans une amélioration de l'état général qui doit être rapportée d'une part à l'effet anabolisant des androgènes et de l'autre à l'action stimulante que produisent les hormones mâles.

Il ne faut absolument pas espérer une rémission du processus tumoral ou sa guérison réelle. Il est bien entendu qu'il s'agit-là d'une thérapeutique adjuvante ou purement palliative dans les cas désespérés ne relevant plus ni de la thérapeutique chirurgicale, ni de la curiethérapie et pour lesquels il s'agit avant tout de rendre

supportable et digne d'être vécu le peu de temps qu'il reste à vivre aux malades.

B) LES AGENTS PHYSIQUES

1° La radiumthérapie

a) *Les bases :*

Il a été longtemps admis que le cancer du corps de l'utérus, qui est un adénocancer dans la grosse majorité des cas, est un cancer radiorésistant et le traitement par les agents physiques a été longtemps exclu de sa thérapeutique. Il semble actuellement qu'il faille en appeler de ce jugement.

L'école suédoise a en effet préconisé le traitement par la radiumthérapie. Heyman s'est rendu compte, et il l'a exposé dans ses travaux, que l'écueil auquel se heurtait jusque là la radiumthérapie était essentiellement dû à ce que le corps utérin ne se trouvait pas suffisamment irradié en particulier dans le cas de l'utérus nettement augmenté de volume et qui comportait donc une très grande cavité.

Dès lors, il suffisait de trouver une technique valable pour irradier toutes les parties du corps utérin avec une intensité convenable.

b) *Technique :*

Heyman et ses collaborateurs se sont donc efforcés d'obvier à cet inconvénient. Après quelques essais effectués au moyen d'une sonde chargée de radium, conçue de telle façon que les radiations puissent atteindre tous les points de la cavité utérine élargie et irrégulière, essais qui ne donnèrent pas satisfaction et dont les résultats n'arrivaient pas à égaler ceux que donne l'acte chi-

rurgical, Heyman mit au point une méthode qu'il introduit dans le traitement du cancer du corps : le « radium hemmet » de la « packing méthode ».

Cette méthode comporte essentiellement une curiethérapie intra-utérine par bourrage de la cavité utérine avec de nombreuses capsules porte-radium, contenant chacune un tube de 8 mg de radium élément sous filtration de 3 mm de plomb. On emplit la cavité utérine avec ces capsules irradiantes dont l'intérêt est évidemment de tenir les tubes à une certaine distance de la paroi utérine ; on augmente ainsi la pénétration du rayonnement tout en diminuant l'effet caustique du contact. Le nombre des capsules introduites varie ainsi de 10 à 20.

D'après Gros, Heyman admet que l'irradiation intra-utérine optimum est celle qui correspond au garnissage complet d'un utérus par 10 capsules laissées en place pendant 18 h 45, cette irradiation étant répétée dans les mêmes conditions trois semaines plus tard. Une telle dose représente en tout 3 000 mgh. Il importe de noter ici que cette dose ne peut être dépassée car le rectum qui constitue le segment le plus sensible du voisinage ne supporte pas une dose supérieure à 4 000 mgh.

De plus, pour prévenir les métastases vaginales, Heyman fait une application vaginale de 50 mg de radium élément pendant 9 à 15 heures, soit 450 à 750 mgh.

c) *Avantages :*

Le « radium hemmet » de la « packing methode » présente, il faut bien le reconnaître, de sérieux avantages qu'il convient de considérer avec soin lorsqu'on étudie les indications thérapeutiques du cancer du corps.

D'abord, l'utilisation de la radiumthérapie permet d'éviter une intervention chirurgicale. Or, même encore de nos jours, malgré les progrès énormes réalisés par

l'anesthésie et la réanimation, toute intervention fait courir au patient des risques certains, soit pendant l'opération elle-même, soit au cours des suites opératoires. Les risques sont d'autant plus nombreux que les femmes atteintes de cancer du corps sont en général âgées et présentent un état général rendu souvent précaire par le grand âge et quelquefois aussi par un certain degré d'obésité qui constitue alors un facteur aggravant.

De plus, la radiumthérapie offre un deuxième avantage qui a son importance : elles permet le traitement du vagin à titre préventif, grâce à l'application de radium-élément dans la cavité vaginale. Ceci permet de prévenir les métastases et de traiter l'envahissement vaginal, éventualité qui n'est pas rare si l'on en croit TAILHEFER qui signale la fréquence relative des métastases vaginales basses, souvent sus-uréthrales. Ces noyaux vaginaux, parfois ulcérés, situés à distance de la lésion originelle peuvent d'ailleurs être confondus avec un cancer primitif du vagin. Leur biopsie, en montrant un épithélioma à cellules cylindriques, révèle l'origine endo-utérine de la lésion vaginale.

Enfin, toujours selon les travaux de HEYMAN et de ses collaborateurs du « radium hemmet » de STOCKOLM, cette méthode aurait surtout l'avantage de donner de meilleurs résultats que l'acte chirurgical. En effet, la chirurgie ne s'inscrit qu'avec 60 % de guérisons apparentes de 5 ans au moins, tandis que la méthode de HEYMAN a donné 61,4 % dans l'ensemble et atteint même pour les « cas cliniquement opérables » un taux de 76,5 % de guérisons apparentes de 5 ans au moins.

d) *Inconvénients :*

Pourtant, la « packing methode » ne présente pas que des avantages. Quelques inconvénients sérieux viennent en effet émousser l'optimisme des premiers résultats.

Pour être efficace, cette méthode nécessite, nous l'avons vu, le bourrage littéral de l'utérus. Or, si le cancer a pénétré profondément dans la paroi, il peut se faire que le tamponnement entraîne une perforation de cette paroi utérine. Gros rapporte un de ces accidents au cours duquel « une laparotomie a été faite, l'utérus refermé, un nouveau garnissage repris sans difficulté ». Kottmeïer, lui, a signalé 56 accidents de cet ordre sur 463 cas traités, soit une proportion de 12 %.

A ces complications d'ordre mécanique viennent quelquefois s'ajouter des complications d'ordre infectieux. En effet, la cavité utérine cancéreuse est bien souvent infectée et le bourrage de cette cavité par du radium risque d'étendre cette infection à tout le petit bassin.

Enfin, la statistique de Heyman n'est-elle pas sujette à caution ? On peut se poser la question quand on sait que dans les 617 malades traitées sont compris un certain nombre de cas de diagnostic histologique douteux pour lesquels « l'image microscopique suggère fortement la présence d'un adéno-cancer ».

En effet, l'interprétation histologique des produits du curetage peut être difficile. Les débris muqueux plus ou moins déchiquetés sont mal orientés ; leur coupe est tangentielle et non perpendiculaire comme dans les biopsies habituelles. L'histologiste n'examine plus une coupe tissulaire mais des îlots de cellules assez dispersées. Il s'agit presque d'un diagnostic cytologique d'où des différences d'interprétation plus ou moins fréquentes. Pour les uns, il ne s'agirait que d'hyperplasie adénomateuse bénigne ; pour d'autres l'aspect serait déjà celui d'une véritable atypie cellulaire. Cette remarque fausse certainement les résultats de la curiethérapie d'Heyman et explique peut-être la supériorité de ces résultats.

Au contraire, dans les cas opérés, le diagnostic histologique fait sur des coupes provenant de la pièce opé-

ratoire, ne peut jamais être mis en doute. Compte tenu de cette remarque, le pourcentage de 61.4 % de guérisons annoncé par HEYMAN correspond à 379 survies sans cancer en évolution après 5 ans sur 617 malades traitées. Mais, sur ces 379 guérisons apparentes, 28 cas étaient de ceux pour lesquels l'histologie « suggérait fortement la présence d'un adénocancer ». Si l'on retire donc de cette statistique ces 28 cas douteux, ce qui paraît tout à fait logique, le pourcentage de succès tombe à 58 %.

Cette impossibilité histologique d'affirmer avec certitude le cancer constitue donc un sérieux inconvénient dans l'utilisation de la « packing methode » préconisée par l'école suédoise puisqu'elle traite certains cancers qui en fait n'en sont peut-être pas.

2° LA RADIOTHÉRAPIE

Le radium n'a qu'une action locale ; il n'atteint ni les parois latérales du pelvis, ni la partie externe des paramètres, ni les lymphatiques et les aires ganglionnaires voisines. Son rôle se borne à irradier la cavité utérine, le vagin et les paramètres dans la région juxta-utérine. C'est pourquoi on demande à la radiothérapie de venir compléter l'action de la curiethérapie.

En général donc on associe les deux méthodes ; les rayons X viennent alors irradier utilement les parois latérales du bassin de façon à agir sur les propagations voisines possibles et sur les métastases ganglionnaires éventuelles.

L'emploi de la radiothérapie seule est réservé aux cancers très avancés pour lesquels le stade de la chirurgie se trouve largement dépassé. Actuellement on peut la remplacer par la cobalt-thérapie qui possède une action plus pénétrante et provoque moins d'effets secondaires.

3° Le ballon intra-utérin

Nous nous devons de mentionner ici les essais de traitement du cancer du corps utérin par solution d'isotopes contenue dans un ballon de caoutchouc intra-utérin. Ces essais qui ont été effectués à l'université de Californie n'ont pas paru intéressants. La substance est dans ce cas répartie uniformément sur la surface cavitaire mais elle est trop rapprochée de cette surface et le rayonnement manque de pénétration.

4° Conclusion - Statistiques

L'utilisation des agents physiques et en particulier de la technique de la « packing methode » de Heyman a été adoptée progressivement par d'autres pays que la Suède pour traiter le cancer du corps de l'utérus.

Nous donnons ici un tableau statistique des résultats qu'elle a donné dans les mains de différents auteurs.

AUTEURS	Année	Nombre de cas	Guérisons absolues en %
Ferris	1946	1 578	60,6
Pemberton	1946	108	59
Taylor	1947	531	38
Speert et Peightol	1948		50
Randall et Goddard	1951	531	53,7
Huber	1951	303	49,6
Schmitz	1951	137	50
Cariati	1952	166	65,3
Bouwdijk-Bastiaanse	1952	145	66,2
Eymer (statistique globale de 13 cliniques universitaires)	1952	3 492	46,7
Fochem - Kofler (statistique personnelle)	1954	104	67,3
Koch (7 cliniques)	1954	1 327	50
Bourne			
Latour			
Philpott	1955	114	55
Cron - Hofmeister	1955	111	65
Kottmeïer	1957	463	60,5
Lebesque et Van Prooije	1957	264	65,2
Mc Call	1957	683	53

C) LA CHIRURGIE

Quoi qu'il en soit, en France tout au moins, la prééminence reste à la chirurgie. La faveur des chirurgiens se partage entre deux grandes techniques : l'hystérectomie abdominale et l'hystérectomie vaginale.

1° L'hystérectomie abdominale

Il nous apparaît indiscutable que dans tous les cas où elle est réalisable, l'hystérectomie par voie abdominale est à coup sûr préférable. Elle est plus sûre, plus claire, permet à tout coup d'effectuer en même temps que l'exérèse de l'utérus, celle des trompes dont la lumière est parfois envahie par des bourgeons cancéreux et celle des ovaires qui dans un nombre non négligeable de cas sont le siège de métastases. De plus et surtout, lorsqu'on désire élargir l'hystérectomie, soit qu'il s'agisse d'une forme à envahissement bas, ce qui est tout de même l'exception, soit que l'exploration semble indiquer un envahissement ganglionnaire, notamment au niveau du groupe sous-veineux iliaque externe, ganglion principal de Leveuf et Godard, c'est la seule voie qui permette de le faire de façon satisfaisante et avec sécurité.

Mais une question se pose : dans le cadre de l'hystérectomie abdominale, que doit-on faire ? Doit-on se contenter d'une hystérectomie sub-totale ? Doit-on plutôt pratiquer une hystérectomie totale simple avec ablation des annexes ou bien faut-il en venir à une hystérectomie totale élargie ?

a) *Hystérectomie sub-totale :*

Certains auteurs, tels Jean-Louis Faure et Henri Mondor ont jugé que l'hystérectomie sub-totale constituait une thérapeutique suffisante du cancer du corps de l'utérus.

a') *Bases :*

Ces auteurs basent leur opinion sur le fait que la localisation la plus fréquente du cancer est sur le fond utérin, assez souvent au voisinage d'un orifice tubaire. Si on consulte la statistique donnée par TAILHEFER on voit que sur 66 cas, on relève 60 localisations hautes.

b') *Avantages :*

L'hystérectomie sub-totale est certainement une intervention rapide et facile. C'est là essentiellement que résident son intérêt et son mérite et c'est une chose bien appréciable quand on sait qu'elle s'adresse la plupart du temps à des femmes âgées, donc fragiles. On a tout intérêt à leur épargner le plus possible les risques d'une intervention longue et difficile et par suite beaucoup plus choquante.

c') *Inconvénients :*

Pourtant l'hystérectomie sub-totale présente un inconvénient majeur, à savoir qu'elle est insuffisante dans deux cas :

— D'abord dans les localisations basses du cancer. Toujours d'après la statistique rapportée par TAILHEFER, sur les 66 cas il y eût quand même 6 localisations basses au voisinage de l'isthme. Que seraient devenues ces 6 malades si on avait pratiqué chez elles ce genre d'intervention ? Elles n'auraient certainement pas pû guérir puisque l'hystérectomie sub-totale n'aurait pas enlevé la lésion en totalité.

— Elle est encore insuffisante lorsque le cancer de l'utérus a poussé son extension jusqu'à atteindre le vagin ou lorsque les métastases sont venues coloniser ce même vagin. Or, nous avons déjà dit que ces métastases vaginales étaient relativement fréquentes.

d') *Conclusions :*

C'est pourquoi, quand on met en balance les avantages et les inconvénients de l'hystérectomie sub-totale, on se rend compte que les seconds l'emportent nettement sur les premiers. Cette opération, parce qu'elle ne réalise pas une exérèse assez large ne constitue pas une opération valable du point de vue cancérologique.

Telle est notre opinion surtout depuis que nous avons le regret d'avoir réalisé ainsi à l'hôpital de Cahors une opération insuffisante qui fut suivie de récidive rapide.

Voici cette observation :

M^me^ P... nous est adressée en 1951 pour métrorragies. L'examen clinique montre un utérus bosselé, semblant fibromateux. Le 21-3-51 on pratique une hystérectomie sub-totale. A l'intervention, il semble s'agir de fibrome mais on est frappé toutefois par la mollesse de l'utérus. A l'ouverture de la pièce, on découvre des végétations d'aspect suspect qui sont néanmoins bien localisées au corps utérin lui-même sans envahissement de l'isthme.

L'examen histologique pratiqué par le Professeur Delarue est formel : « Les fragments ne comprennent aucun élément de fibrome utérin. Ils sont tous constitués par des bourgeons néoplasiques épithéliaux. Ce sont des bouquets de végétations papillaires grêles et ramifiés comprenant des axes conjonctifs grêles et plusieurs assises superposées de cellules cylindriques parfois assez claires mais toujours cylindro-cubiques. Ces bourgeons réalisent la structure d'un épithélioma cylindrique papillaire de type excréto-génital. forme habituelle des néoplasmes endo-utérins post ménopausiques. »

Six mois après nous revoyons cette malade porteuse d'une volumineuse masse pelvienne fixée et la mort se

produit quelques mois plus tard dans un tableau de cachexie et de généralisation néo-plasique.

b) *Hystérectomie totale avec ablation des annexes.*

La grande majorité des chirurgiens est fidèle à l'hystérectomie totale avec ablation des annexes dans le traitement du cancer du corps de l'utérus.

a') *Bases :*

En effet, le cancer du corps est un cancer de la muqueuse, à malignité enclose. La paroi utérine se défend et ce n'est que tardivement qu'il se fait une extension locale. D'autre part l'extension ganglionnaire reste peu fréquente. Telles sont les raisons essentielles pour lesquelles la plupart des auteurs préconisent l'hystérectomie totale.

b') *Avantages :*

Cette intervention est le plus souvent suffisante, car dans la majorité des cas, lorsque les malades se confient au chirurgien, le cancer, qui est d'évolution lente, est encore localisé. Elle enlève la tumeur utérine en totalité, mais en outre, et ce n'est pas là son moindre intérêt, elle permet l'ablation des trompes et des ovaires ; des trompes qui peuvent être envahies par des bourgeons cancéreux ; des ovaires qui peuvent présenter eux aussi un processus de dégénérescence maligne.

En effet la notion de l'association du cancer de l'utérus et du cancer de l'ovaire est bien classique, soit qu'il s'agisse d'une métastase ovarienne d'un cancer de l'utérus, soit qu'il s'agisse de l'inverse. Dans certains cas, il s'agit de l'association d'une tumeur fonctionnelle de l'ovaire avec un cancer de l'utérus ce qui pose le problème de l'origine endocrinienne du cancer de l'utérus.

c') *Inconvénients :*

Malgré cet énorme avantage qui consiste à enlever en bloc l'utérus et ses annexes, l'hytérectomie totale, il faut le souligner, néglige la possibilité d'extension vaginale et de métastases ganglionnaires ; cette lacune est à mettre à l'actif de ses inconvénients.

d')*Conclusions :*

Quoi qu'il en soit, l'immense majorité des gynécologues et chirurgiens français, dans les formes habituelles de cancer localisé au corps utérin restent fidèles à l'hystérectomie totale simple. Notre impression en ce qui concerne cette opération avec de telles indications reste éminemment favorable. *Ce qui est sûr, c'est qu'elle suffit dans les formes qui n'ont pas dépassé la paroi utérine et qui n'ont pas donné de métastases ganglionnaires, ce qui constitue la majorité des cas.*

c) *Hystérectomie totale élargie.*

a') *Bases :*

Si classiquement, il n'y a pas d'envahissement ganglionnaire dans le cancer du corps, ce qui justifie la position la plus répandue de l'hystérectomie simple, en fait, nous l'avons déjà dit, ceci n'est pas aussi sûr qu'on pourrait le croire. Or, les interventions dont nous avons parlé jusqu'ici n'envisagent pas une telle possibilité. C'est pourquoi beaucoup de cancérologues pensent qu'il faut dans ces cas-là préférer à ces interventions partielles une hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire bi-latéral du petit bassin, comme on le fait dans les cancers du col.

Tailhefer rapporte 24 cas de Colpohystérectomie. Onze fois le Wertheim a été décidé en cours d'opération, devant des lésions apparemment importantes, et

l'histologie a ainsi vérifié trois fois l'envahissement d'un paramètre et trois fois des envahissements ganglionnaires iliaques externes. Treize fois le Wertheim était décidé de principe : dans cette série l'histologiste a découvert deux cas d'envahissements ganglionnaires iliaques externes. L'envahissement lymphatique dans le cancer du corps n'est donc pas une vue de l'esprit.

b') *Avantages :*

C'est précisément dans de tels cas que l'hystérectomie totale élargie trouve ses indications. En permettant l'ablation des territoires ganglionnaires envahis, elle offre à la malade une meilleure chance de guérison.

L'étude histologique des ganglions iliaques externes enlevés au cours des Colpohystérectomies pour cancer du corps paraît confirmer les descriptions de Leveuf et Godard. Les lymphatiques de l'utérus, col et corps, sont communs. Ils émergent des bords de l'organe et constituent un tronc latéro-utérin qui se draîne vers le bas d'abord, suivant le trajet de l'artère utérine et qui la quitte ensuite pour se jeter dans le ganglion de Leveuf au-dessous de la veine iliaque externe, au contact du nerf obturateur, au-dessus du trou obturateur. Les lymphatiques satellites du pédicule utéro-ovarien n'ont plus ainsi qu'un rôle secondaire. Sur les 11 Wertheims décidés parce que l'extension du cancer paraissait importante, Tailhefer note 6 envahissements lymphatiques : trois dans les paramètres, trois dans les ganglions iliaques externes. Sur les treize Wertheims systématiques, malgré des cancers paraissant peu développés, il découvre tout de même deux envahissements ganglionnaires externes.

Ainsi Tailhefer affirme que pour les cancers du corps, les 40 % d'échecs des statistiques chirurgicales

d'hystérectomies totales relèvent pour une certaine part de ces envahissements ganglionnaires.

Il faut ajouter à l'actif de l'*hystérectomie totale élargie qu'elle permet aussi de supprimer la partie supérieure du vagin, siège de récidives locales après hystérectomie totale simple.*

c') *Inconvénients :*

Cependant l'indication de l'opération type Wertheim pour cancer du corps, dépend avant tout autre considération de l'état général, de l'âge, des conditions physiques de la malade. Il n'est raisonnable d'entreprendre l'opération associée à l'évidement ganglionnaire que chez des malades assez peu corpulentes, relativement peu âgées ou tout au moins en excellent état, vu l'importance de l'intervention.

d') *Conclusions :*

La Colpohystérectomie est une intervention qui ne peut pas être systématique étant donné la fréquence des cas où elle serait inutile comme en témoignent les 60 % de guérisons. Et cela d'autant plus qu'elle s'adresse à un terrain taré : femmes âgées, à mauvais état général, dont l'appareil cardiovasculaire est déficient.

Toutefois, l'amélioration des techniques de réanimation pré, per et post opératoires doit permettre d'étendre prudemment ses indications et en particulier, comme le dit TAILHEFER aux *cancers de l'isthme qui ont une potentialité évolutive comparable à celle du cancer du col*, et aussi *aux cas où il existe déjà un envahissement ganglionnaire.*

2° L'hystérectomie vaginale

a') *Bases :*

Nul ne songe à contester que l'hystérectomie abdominale constitue le seul traitement logique chirurgical du cancer du corps de l'utérus. Il n'en reste pas moins que chez certaines de ces malades nous avons déjà insisté sur ceci, qui sont âgées, ont un état cardio-rénal déficient, des tests biologiques perturbés, on n'envisage pas sans crainte l'emploi de la voie abdominale, et surtout chez les grandes obèses.

D'autre part, nous devons indiquer ici que chez les femmes obèses les opérations gynécologiques les plus simples pratiquées par voie abdominale nous apparaissent non seulement comme dangereuses mais encore comme techniquement difficiles.

Nous avons le souvenir pénible d'une banale hystérectomie sub-totale que nous eûmes à pratiquer chez une très grande obèse : M^me^ B... qui pesait 112 kg pour une taille de 1,68 m. L'intervention eût lieu le 24-3-51, les difficultés furent extrêmes. La valve de Rochard, la plus large ne prenait pas toute la paroi et ne refoulait que la peau et l'énorme couche de graisse. Les muscles et le péritoine faisaient une saillie très gênante au-dessous d'elle ; les instruments les plus longs dont nous disposions étaient trop courts et nous avons dû, après avoir lié à bout de doigt, avec beaucoup de difficultés, les deux artères utérines, mettre en place un sac de Mickulicz, la profondeur pelvienne interdisant toute péritonisation même à l'aiguille de Bergeret longue. Il nous est apparu qu'une hystérectomie totale par voie abdominale même non élargie n'aurait pu être exécutée avec sécurité chez cette malade. Depuis cette époque, chaque fois qu'il s'est présenté à nous une malade grande

obèse porteuse d'un cancer du corps utérin nous nous sommes efforcés d'avoir recours à la voie basse.

Il est possible que dans l'avenir de telles malades soient confiées aux radiothérapeutes. Actuellement en tout cas il est peu de curiethérapeutes ayant bien en mains la technique bien particulière qu'il est nécessaire d'appliquer chez ces malades et qui d'ailleurs n'est pas exempte de dangers puisqu'il est signalé dans d'assez nombreux cas des perforations au cours du traitement (cf plus haut). On a insisté sur l'inocuité de ces perforations. Nous restons quant à nous sceptiques sur l'absence de retentissements graves de ces perforations en péritoine libre d'une cavité utérine cancéreuse et certainement infectée.

A l'heure actuelle nous pensons que dans l'immense majorité des cas et sur de tels terrains, il faut avoir recours à la thérapeutique chirurgicale et à la voie vaginale.

b') *Avantages :*

Il est en effet indiscutable que l'hystérectomie vaginale présente des suites plus simples, qu'elle est certainement moins choquante et mieux tolérée par des terrains tarés chez lesquels on redoute à pratiquer une intervention par voie haute.

Un nombre important de malades porteuses d'un cancer du corps utérin présente un vagin souple, large, avec une muqueuse vivante et épaisse. Il a été dit que le cancer du corps utérin est favorisé par une hyperfolliculinie. Novak n'écrit-il pas « l'hyperfolliculinie semble souvent être le facteur supplémentaire qui influence la carcinogenèse chez les femmes prédisposées au cancer ? » Ce fait explique qu'on note souvent chez les femmes atteintes de cancer de l'endomètre une ménopause tardive avec absence de troubles, un vagin excep-

tionnellement conservé pour des femmes âgées et une activité œstrogénique augmentée sur les frottis. En outre, chez ces femmes âgées, il existe souvent un certain degré de prolapsus et le col descend bien et s'extériorise par la traction avec une pince à griffes, circonstance éminemment favorable à l'exécution de l'hystérectomie vaginale. Dans ces cas, il n'y pas de problème technique et l'hystérectomie totale simple que nous avons bien souvent exécutée, avec ablation des annexes, nous a paru aisée, sans artifice particulier .

c') *Inconvénients :*

Les avantages de l'hystérectomie vaginale ne doivent pas nous faire perdre de vue ses inconvénients. En effet, il est impossible d'enlever par cette voie les gros utérus et ceci d'autant plus qu'on ne peut appliquer dans ces cas la technique du morcellement, étant donné les risques de greffe cancéreuse qu'elle ferait courir à la malade. Mais, en fait, l'augmentation de volume du corps utérin dans le cancer de l'endomètre est plus théorique que réel.

Il existe cependant une objection plus sérieuse à l'hystérectomie vaginale. C'est que par cette voie il est difficile de faire un bilan ganglionnaire et de pratiquer une hystérectomie élargie.

d') *Conclusions :*

En conclusion nous dirons donc que l'hystérectomie vaginale est une excellente intervention à condition que ses indications soient bien portées : dans les cas de terrains tarés, de malades obèses et dans les formes de cancers localisés.

Statistiques des résultats obtenus par la chirurgie.

— Redon, sur 29 cas traités par hystérectomie totale simple donne un taux de survie après 5 ans de 64 % (statistique personnelle).
— Quénu a rapporté 51 cas avec 61 % de succès.
— Delannoy a retrouvé 90 observations avec 55 % de bons résultats.
— Tailhefer (statistique personnelle : Fondation Curie, Centre anticancéreux de l'Hôtel-Dieu et malades privés).

De 1928 à 1952, 125 malades ont été opérées soit 101 hystérectomies totales dont deux vaginales et une périnéale et 24 colpohystérectomies élargies.

— *Résultats immédiats :*

La mortalité post-opératoire a été de 4 % soit 5 morts par collapsus cardiaque, occlusion post-opératoire, embolies, hépatonéphrite et anuerie.

— *Résultats éloignés :*

1° *Observations de 5 à 22 ans d'ancienneté* 66
Survies sans cancer en évolution 40
Le pourcentage de ces succès est ainsi de 60 %

2° Observations de 10 à 20 ans d'ancienneté 30
Nombre de survies 16
Le pourcentage de succès est ainsi de 53 %

d) *Association Radium-Chirurgie.*

Ne peut-on améliorer le pronostic en associant les agents physiques à l'acte chirurgical ? Il semble bien que ce soit la tendance actuelle de beaucoup d'écoles et

notamment de l'école de Villejuif où l'association de la chirurgie à la curiethérapie a donné un pourcentage de 78 % de guérisons sur un nombre malheureusement très bas de malades : 13 seulement (Redon). Healy (Memorial Hospital) par contre n'a obtenu que 53 % de guérisons par association radio-chirurgicale.

Certains auteurs, tel Pollosson, préconisent un traitement curiethérapique vaginal associé à la chirurgie pour éviter les récidives vaginales.

Il est donc probable qu'il y a là une méthode intéressante à exploiter dans l'avenir lorsque les curiethérapeutes auront acquis de façon parfaite la pratique de ces techniques très spéciales.

DEUXIEME PARTIE

NOTRE TRAVAIL PERSONNEL

Il nous est arrivé, à trois reprises, chez des femmes dont l'obésité monstrueuse interdisait pratiquement l'emploi de la voie haute de rencontrer à l'examen un vagin atrésique admettant à peine un doigt, à muqueuse sèche et atrophique, avec des plaques blanchâtres, dont le col harponné par une pince à griffes ne descendait absolument pas, d'être obligé d'avoir recours à l'artifice technique qui fait l'objet de ce travail.

a')*Bases :*

En 1939, Picot décrivait dans le *Journal de Chirurgie* une technique pour l'abord des fistules vésico-vaginales par voie basse. Le procédé fut repris par Couvelaire l'année suivante. Il connut une grande diffusion. Depuis 1947, nous avons eu l'occasion d'opérer 5 fistules vésico-vaginales, les unes d'origine obstétricales, les autres d'origine chirurgicales. Nous avons été frappé par l'aisance procurée par la voie d'abord Picot-Couvelaire permettant d'extérioriser et d'opérer sous le contrôle de la vue ces fistules siègeant au fond d'un vagin étroit, peu dilatable et peu accessible. Nous eûmes cinq succès opératoires ; deux d'entre eux furent obtenus chez des femmes qui avaient été opérées deux et cinq fois auparavant.

Encouragés par ces résultats, nous avons eu l'idée d'utiliser cette technique aux trois cas ci-dessus mentionnés.

b') *Technique de l'hystérectomie par voie basse :*

La femme étant placée en position gynécologique et en Trendelenburg léger, le siège bien avancé hors de la table, on incise transversalement le périnée d'un ischion à l'autre, entre la vulve et l'anus. L'incision légérement curviligne et à concavité postérieure passe à un doigt de la commissure vulvaire (fig. n° 1).

On procède au décollement recto-vaginal (fig. n ° 2 et 3).

Ce décollement ne doit pas s'effectuer comme une périnéorraphie postérieure au plus près de la paroi vaginale. Il faut en effet garder une étoffe vaginale suffisante pour supporter la traction au fur et à mesure du décollement. On sectionne verticalement la paroi vaginale sur la ligne médiane postérieure (fig. n° 5). Si on a quelque crainte de blesser le rectum, nous pensons que cette dissection est bien facilitée par l'introduction des 2° et 3° doigts de la main gauche dans la cavité rectale (fig. n° 4). Ces doigts recourbés en crochet, présentent à l'opérateur la zone à disséquer tandis que l'aide soulève la paroi vaginale postérieure. On peut ainsi, en se repérant sur les doigts rectaux poursuivre la dissection en toute sécurité, en sectionnant au fur et à mesure qu'on progresse la paroi vaginale postérieure jusqu'au cul-de-sac de Douglas (fig. n° 6).

Ce décollement étant effectué, on dégage facilement la face interne, d'abord, puis la face externe des releveurs, on les sectionne à la demande (fig. n° 7) et à l'aide d'une pince à griffes tirant sur le col on obtient à ce moment-là un abaissement de celui-ci à la vulve (fig. n° 8).

Il est alors facile d'inciser circulairement le vagin immédiatement au-dessus de la lèvre antérieure du col, de refouler la vessie et d'ouvrir le cul-de-sac vésico-utérin. Signalons qu'il faut l'ouvrir contre l'utérus, sans quoi on s'engage entre lui et la vessie qui ne demande à ce niveau qu'à se laisser extra-péritoniser. Une valve est introduite dans l'ouverture péritonéale qui protège la vessie et les uretères.

On ouvre ensuite le cul-de-sac de Douglas bien exposé à la vue et l'hystérectomie vaginale se poursuit selon les normes habituelles (ligature des deux artères utérines, ligature des annexes qui peuvent habituellement être enlevées avec la pièce) (fig. n°s 9, 10, 11).

Nous voudrions insister sur l'intérêt de réaliser une fermeture aussi hermétique que possible de l'orifice du col utérin avant toute manœuvre d'extériorisation par des points en X, au gros nylon ou à la grosse soie, pour éviter que la pression fasse sourdre par cet orifice des bourgeons néo-plasiques qui risquent d'ensemencer la plaie périnéale, comme cela nous est malheureusement arrivé une fois (cf observation n° 2).

La réparation est ainsi conduite :

Fermeture du péritoine par un surjet au lin en extra-péritonisant les pédicules.

Fermeture du vagin.

Suture par un surjet, au catgut chromé n° 1, de l'incision vaginale médiane postérieure.

Suture au catgut chromé n° 2 des releveurs sectionnés, par des points en X.

Suture au crin nylon de l'incision transversale inter-vulvo-anale en laissant au milieu un orifice ou nous plaçons un drainage par lame de caoutchouc ondulé.

Après de telles interventions, nous avons toujours été frappés par la simplicité extrême des suites opéra-

toires, sans proportions avec ce que l'on observe dans les hystérectomies abdominales et nous pensons que cette technique est à retenir lorsqu'on se trouve en présence de tels terrains.

OBSERVATIONS

Observation n° 1.

Mme D.... âgée de 64 ans, grande obèse (taille 1.62 m. poids 101 kg) emphysémateuse, insuffisante cardiaque, nous est adressée en 1951 pour des métrorragies abondantes post-ménopausiques durant depuis 2 mois sans intervalles libres. L'épaisseur de la paroi abdominale interdisait tout examen clinique. Le vagin était étroit n'admettant qu'un doigt et l'on sentait à bout de doigt un col petit et dur. Celui-ci, harponné par une pince de Richelot ne descendait absolument pas à la traction. L'hystérographie, bien que le cliché ne soit pas de très bonne qualité en raison de l'épaisseur de cette malade, montre à l'évidence un aspect déchiqueté des contours de la cavité utérine, caractéristique d'un cancer de l'endomètre.

Intervention le 17-10-51.
Anesthésie au Nesdonal proto-oxygène (Dr Sauvé).
Opérateur : Dr Lolmède.
Aide : Dr Alazard.

La malade est mise en position gynécologique ; on pratique une incision transversale d'un ischion à l'autre, interano-vulvaire. On décolle très facilement jusqu'au Douglas le rectum de la paroi vaginale postérieure. Cette paroi vaginale postérieure est fendue verticalement jusqu'au col et harponnée au niveau de l'angle supérieur de

sa section par deux pinces d'Allis. La traction n'expose pas suffisamment le col et la paroi vaginale antérieure. Les releveurs sont dégagés puis sectionnés franchement de chaque côté. A ce moment, une pince de Museux placée sur la lèvre antérieure du col amène celui-ci à la vulve. Dès lors, on sectionne très facilement le vagin circulairement au-dessus du col ; on refoule la vessie au tampon monté jusqu'à voir et ouvrir le cul-de-sac péritonéal inter-vésico-utérin. Une valve vaginale introduite par l'orifice refoule la vessie et les uretères. On ouvre le cul-de-sac de Douglas dans lequel on introduit une deuxième valve. Successivement, on sectionne puis on ligature les ligaments utéro-sacrés et les artères utérines. Les annexes sont facilement extériorisées et la ligature des deux ligaments lombo-ovariens pratiquée. Les chefs des ligatures de ces divers pédicules sont laissés longs et la section des ligaments utéro-ovariens pratiquée Ils sont extra-péritonisés au cours de la fermeture du péritoine par des points séparés au lin.

Fermeture au catgut chromé n° 2 du dôme vaginal en laissant un petit orifice médian où est introduite une petite mèche.

Réparation des releveurs sectionnés au catgut chromé n° 2, puis à points séparés toujours au catgut chromé n° 2, de la fente médiane de la paroi vaginale postérieure. Une petite lame de caoutchouc ondulé ayant été introduite à la partie médiane de l'incision transversale inter-ano-vulvaire, celle-ci est réparée à la grosse soie.

Sonde à demeure. Mèche iodo-formée dans le vagin.

Dès le lendemain de l'opération nous sommes frappé du bon état général de la malade et les suites opératoires se déroulèrent avec une grande simplicité. La malade est sortie de l'hôpital le 20 e jour mais pour des raisons de convenance personnelle (vivant seule avec un

mari âgé) ; elle aurait pû quitter l'hôpital dès le 12e jour.

L'ouverture de la pièce montra qu'il s'agissait bien d'un cancer à forme végétante occupant toute la cavité corporéale mais ne se prolongeant pas vers l'isthme.

Les suites opératoires éloignées furent bonnes ; malheureusement la malade décéda le 11-11-56 d'une syncope au cours d'une infection pulmonaire aiguë.

Observation n° 2.

Mlle F..., 55 ans, ménopausée depuis 5 ans, nous est adressée en 1951 pour des métrorragies qu'elle présente depuis six mois à intervalles irréguliers Il s'agit d'une très grande obèse plus encore que la malade de la première observation. Nous ne pouvons fournir de précisions ayant négligé de noter le poids et la taille. Son vagin est atrésique : le toucher vaginal presque impossible et la palpation abdominale sans valeur du fait de l'épaisseur de la paroi. L'hystérographie montre une cavité corporéale qui n'est qu'un trajet étroit, irrégulier et déchiqueté. Nous portons le diagnostic de cancer de l'utérus et intervenons le 3-7-61.

Anesthésie Nesdonal proto-oxygène (Dr Sauvé).
Opérateur : Dr Lolmède.
Aide : Dr Alazard.

La technique opératoire fut exactement la même que chez la malade précédente. Après incision périnéale, décollement recto-vaginal, section verticale de la paroi vaginale postérieure ainsi que des releveurs, nous avons obtenu la même très bonne exposition du col descendu à la vulve et de la paroi vaginale antérieure.

Malheureusement, après ouverture antérieure et postérieure du péritoine, nous nous sommes rendu

compte que le corps utérin était très volumineux et mou (volume d'un utérus gravide de trois mois au moins). L'extériorisation en fut pénible et au cours de celle-ci, la pression fit sourdre par l'orifice cervical une énorme quantité de bouillie cancéreuse qui se répandit largement sur les plaies vaginales et périnéales que nous nettoyâmes de notre mieux après ablation de l'utérus.

Nous devons signaler en outre que nous n'avons pû extérioriser suffisamment les annexes pour en pratiquer une ablation correcte. Nous liâmes donc les pédicules annexiels près de la corne utérine, laissant trompes et ovaires en place.

Réparation comme dans l'observation n° 1.

Les suites opératoires immédiates furent également très simples et la malade était en état de quitter la clinique dès le quinzième jour.

L'examen de la pièce nous montra qu'il s'agissait d'un épithélioma envahissant à forme ulcéro-végétante et surtout pénétrant en profondeur jusqu'aux couches les plus superficielles du myomètre. Il s'agissait donc d'un très mauvais cas.

Nous eûmes la déconvenue, sans en éprouver trop de surprise, de revoir cette malade quelques mois plus tard présentant un volumineux bourgeon, manifestement néo-plasique, extériorisé par l'angle externe gauche de la plaie périnéale. Le toucher vaginal montrait également l'envahissement du fond du vagin par des bourgeons néo-plasiques.

Nous confiâmes cette malade au Professeur P. Guilhem qui ne put que pratiquer un traitement radiothérapique palliatif et la malade décéda peu après.

Nous nous sommes reproché l'ensemencement de la plaie périnéale et nous avons pris la résolution depuis lors de fermer le plus hermétiquement possible le col utérin avant l'extériorisation du corps.

Observation n° 3.

M^me^ L..., âgée de 62 ans, nous est adressée pour des métrorragies dont le début remonte à deux mois. Cette femme est ménopausée depuis l'âge de 49 ans. C'est une malade très grosse, d'aspect franchement sénile, dont l'obésité n'est cependant pas comparable avec nos deux malades précédentes. L'examen clinique, tant par le toucher que par le palper combiné ne montre rien de particulier. Le vagin est étroit et inextensible, le col inabaissable. L'hystérographie montre une lacune au niveau du fond utérin.

Intervention le 23-10-61.

Anesthésie Nesdonal proto-oxygène (Docteur M^me^ Baron).

Opérateur : D^r^ Lolmède.

Aide : D^r^ Alazard.

La technique est en tous points superposable à celle que nous avons décrite dans les deux observations précédentes, sauf le point particulier qu'avant l'exérèse proprement dite, comportant également l'ablation des annexes, nous avons fermé le col par des points en X au nylon n° 4.

L'opération s'est déroulée très simplement. L'examen de la pièce montre un néo-plasme localisé au fond utérin « en figue ».

Les suites opératoires furent comme chez nos deux autres malades remarquablement bénignes. La malade quitta la clinique le quinzième jour. A l'heure actuelle elle va très bien mais le recul est évidemment insuffisant pour juger du résultat.

FIGURES

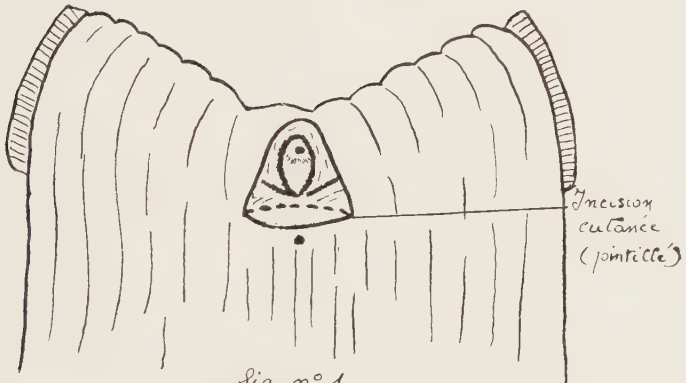


fig. n° 1

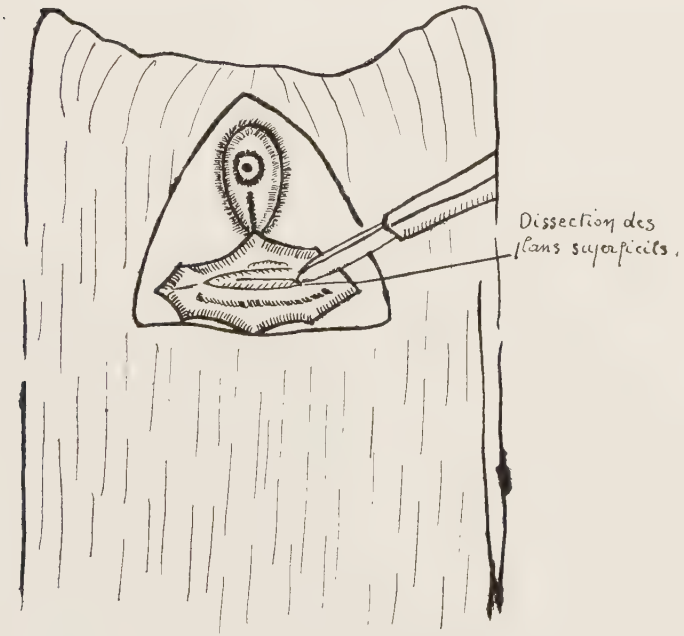


fig. n° 2

Section du
raphé ano-
vulvaire

fig n°3

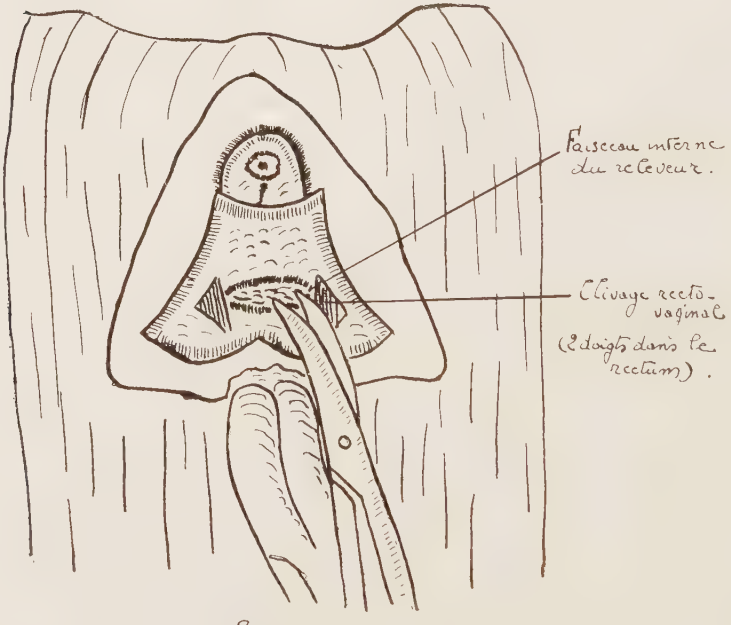

Faisceau interne
du releveur.
Clivage recto-
vaginal
(2 doigts dans le
rectum).

fig n°4

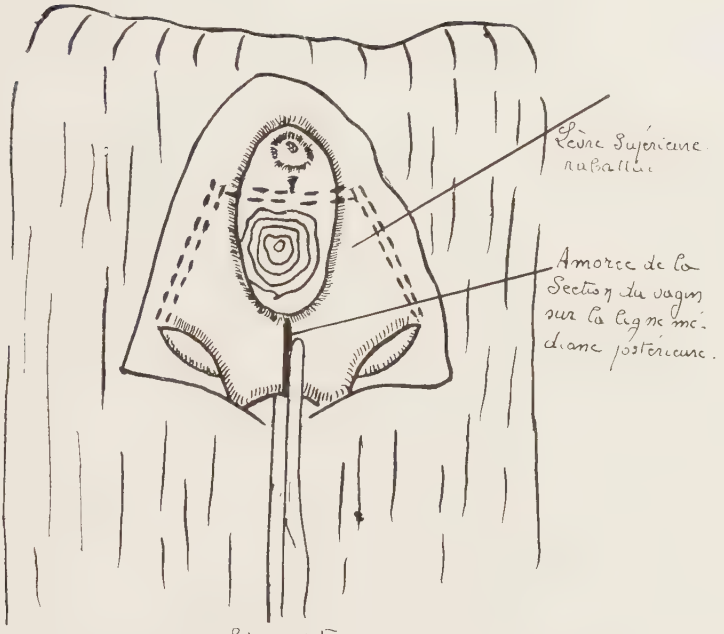

Lèvre Supérieure
rabattue
Amorce de la
Section du vagin
sur la ligne mé-
diane postérieure.

fig. n° 5

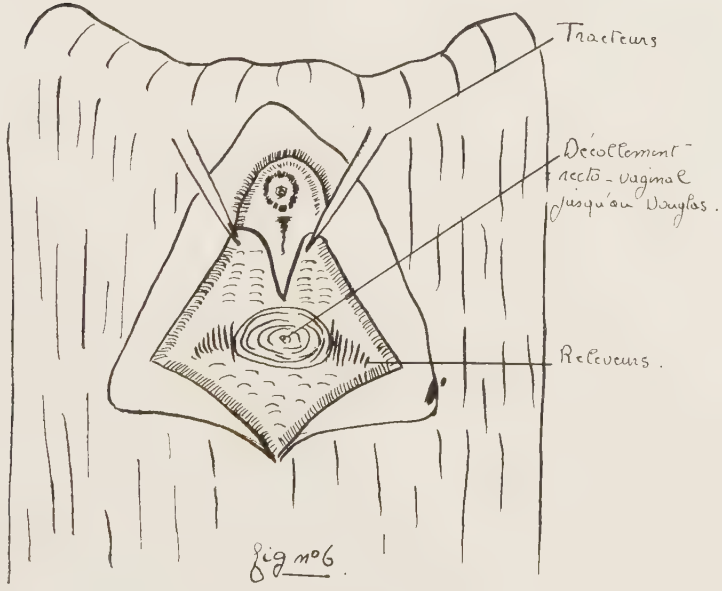

Tracteurs
Décollement
recto-vaginal
jusqu'au Douglas.
Releveurs.

fig n° 6

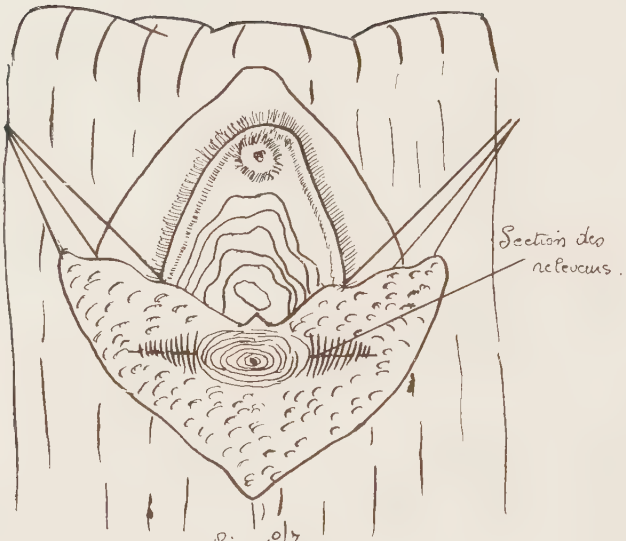


Fig. n°12

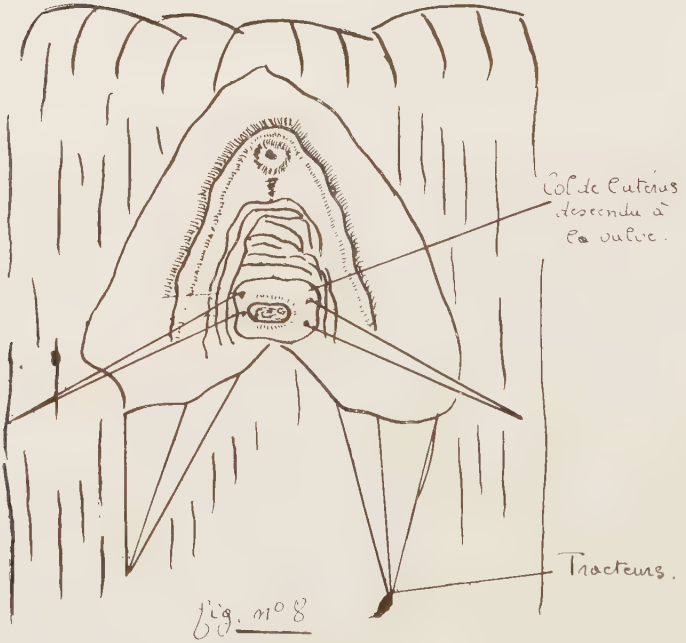
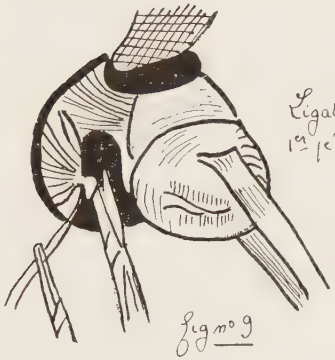
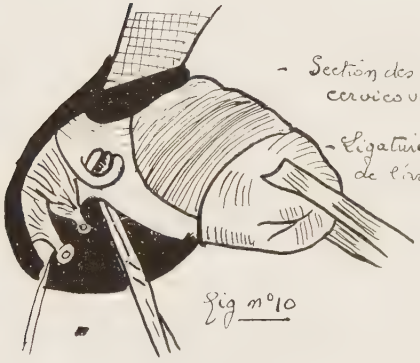


Fig. n° 8



Ligature du
1er pédicule.

Fig n° 9



- Section des 2 pédicules cervico vaginaux
- Ligature de la crosse de l'artère utérine.

Fig n° 10

Ligature et Section
des éléments émanés
de la corne utérine.

Fig n° 11

CONCLUSION

Nous avons donc le choix actuellement entre trois possibilités thérapeutiques pour traiter chirurgicalement le cancer du corps de l'utérus :

— l'hystérectomie totale simple ;
— l'hystérectomie totale élargie ;
— l'hystérectomie vaginale .

De plus, serait-il peut-être bon, dans certains cas d'associer à la chirurgie une curiethérapie vaginale pré-opératoire.

Le pronostic d'avenir dépend en grande partie d'un choix correctement adapté à chaque cas particulier entre ces différentes possibilités. Pour cela, il est essentiel de faire précéder toute intervention par un bilan rigoureux.

1° *Ce sera d'abord un bilan du cancer.*

Nous voulons insister là :

Sur l'intérêt de la biopsie (aspiration à la seringue de Novak), examen simple de consultation et qui n'en est pas moins très sûr.

Sur l'hystérographie qui peut préciser dans certains cas la localisation et l'extension intra-utérine du cancer.

Sur la lymphographie qui pourrait peut-être permettre de réaliser un bilan ganglionnaire pré-opératoire valable.

2° *Ce sera ensuite un bilan général de la malade.*

Etat cardio-vasculaire et rénal.

Tests et constantes biologiques.

Tares physiques diverses : le facteur obésité devra en particulier être pris sérieusement en considération.

En fonction des résultats de ces différents examens, l'indication pourra être portée en pleine connaissance de cause et on peut espérer dans ces conditions que sera amélioré le pronostic du cancer du corps utérin.

CONCLUSIONS

Nous avons été amenés, chez trois malades qui présentaient un cancer du corps utérin et qui par ailleurs, outre une grave déficience du terrain dûe à leur âge, présentaient une obésité monstrueuse rendant l'hystérectomie abdominale dangereuse, difficile, voire même impossible, à utiliser la voie basse pour pratiquer l'ablation de l'utérus.

Malheureusement ces trois femmes dont nous avons rapporté les observations dans notre travail personnel, présentaient un vagin atrésique, à muqueuse atrophique et sèche, un col qui n'était pas abaissable à la vulve. La voie vaginale ordinaire était donc impossible.

C'est alors que nous avons eu l'idée de recourir à des artifices techniques préconisés par Picot et Couvelaire pour la cure des fistules vésico-vaginales. L'originalité de ces artifices réside essentiellement dans la périnéotomie postérieure. Nous avons ainsi réalisé dans les trois cas une hystérectomie vagino-périnéale.

Celle-ci nous a permis chaque fois une exérèse satisfaisante et a procuré des suites opératoires d'une bénignité incomparable. Grâce à cette technique, nous avons pû réaliser une intervention valable, peu choquante, chez ces trois femmes dont de lourdes tares interdisaient absolument l'utilisation de la voie abdominale et dont l'atrésie du vagin rendait impossible la voie vaginale ordinaire.

Nous nous permettons d'insister sur un point particulier dont nous avons parlé dans notre travail et qui nous paraît être d'une importance capitale : à savoir qu'il est indispensable de pratiquer la fermeture du col avant l'extériorisation du corps utérin, ceci pour éviter un ensemencement cancéreux toujours à redouter.

Nous estimons donc, sur les résultats que nous avons obtenus, que les indications d'une telle intervention méritent d'être connues et peut-être même à l'avenir étendues.

Vu : *Le Président de Thèse*,

PONTONNIER.

Vu : *Le Doyen*,

LAZORTHES.

Vu et permis d'imprimer.

Toulouse, le 9 Juin 1962.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

P. DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

Antoine (Vienne). — Traitement du cancer du corps de l'utérus. *Encyclopédie médico-chirurgicale, gynécologie*, Tome III, édition 1959.

Baud (M^lle^ J.). — Le rôle de la curiethérapie intra-cavitaire chez les malades traitées pour des cancers du corps utérin à la Fond.Curie de 1919 à 1946 inclus *Bul. du cancer*, 39, n° 3, 1952, pp. 233-240.

Brocq (P.) et Robert (H.-G.). — *Précis de gynécologie*, 1956, tome II, Masson Edit.

Delannoy. — *Mém. de l'Académie de chirurgie*, 1952, page 674.

Ducuing (J.). — *Précis de cancérologie*, Masson Edit. Paris 1932.

Gros (Ch. M.). — Radiothérapie du cancer utérin. *Rapport du congrès de gynécologie de La Baule*, 29 mai - 2 juin 50.

Guilhem (P.), Pontonnier (A.), Bîmes (C.). — De tous les moyens de diagnostic du cancer du corps de l'utérus, la biopsie de l'endomètre à la seringue de Novak constitue le moyen le plus fidèle, le plus sûr et le seul vraiment pratique. *Bul. Fed. Soc. de Gynéc. et Obst.*, 1955, *2*, 234.

Heyman (J.). — *Modern trends in obstetrics and gynoecology Radiotherapy in gynoecology*, 1951, page 618.

Huguier (H.) et Cerbonnet (G.). — *Chirurgie de l'utérus*, 1961, Masson Edit.

Laborde (S.), Vermes (E.) et Montagnon (J.). — Etude de l'action du radium sur les épithéliomas du corps utérin. *Bul. du cancer*, 39, 1952, pages 74 à 99.

Leveuf (J.) et Godard (H.). — Les lymphatiques du corps de l'utérus. Etude anatomique et anatomopathologique (phlegmons pelviens, cancer du corps de l'utérus). *Presse médicale*, n° 19, 7 mars 1934, pp. 373-376.

Novak (E.) and Novak (E. R.). — *Gynecologic and obstetric pathology*, London 1958, page 235. Sanders Editeur.

Picot (G.). — *Journal de chirurgie*, tome 54, n° 4 et 5, oct.-nov. 1939.

Pontonnier (G.). — Problèmes pratiques posés par les métrorragies, *Sud-Ouest Médical* 1959, 7, 69.

Quénu (J.). — *Nouvelle pratique chirurgicale illustrée*, fascicule 1, 1948.

Quénu (J.) Béclère (Cl.) et Larpent (R.). — Pronostic du cancer du corps de l'utérus opéré. *Semaine des hôpitaux* (Annales de chirurgie) 28, n°s 53, 54, 18, 22 juillet 1952, 2219-2224.

Redon (H.). — *Indications chirurgicales dans le traitement des cancers*, chapitre 10.

Tailhefer (A.). — Résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer du corps de l'utérus. *Mém. de l'Académie de chirurgie*, page 670, 1952.

Tailhefer (A.). — Pronostic et traitement du cancer utérin. *Actualités gynéc. de l'hôpital Broca*, 1956, page 344. L'expension Editeur.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 11

PREMIÈRE PARTIE : Les thérapeutiques en présence dans le traitement du cancer du corps de l'utérus 15

A) *L'Hormonothérapie* 15

B) *Les agents physiques*

1° La radiumthérapie 16

2° La radiothérapie 20

3° Le ballon intra-utérin 21

4° Conclusions - Statistiques 21

C) *La chirurgie*

1° L'hystérectomie abdominale 22

a) L'hystérectomie sub-totale ... 22

b) L'hystérectomie totale avec ablation des annexes 25

c) L'hystérectomie totale élargie 26

2° L'hytérectomie vaginale 29

3° Statistiques des résultats obtenus par la chirurgie 32

DEUXIÈME PARTIE. — Notre travail personnel .. 35

OBSERVATIONS 38

FIGURES 43

CONCLUSION 49